



# Solicitud de Préstamo

COLEGIO DE PROFESORES DE CHILE A.G.  
DIRECTORIO METROPOLITANO

COLEGIO DE PROFESORES DE CHILE A.G.  
DIRECTORIO METROPOLITANO

Solicitud de Préstamo N°

Fecha Recepción

Objetivo del Préstamo

Salud

Judicial

Monto \$

## Antecedentes del Solicitante

R.U.T.

N° Registro Colegiado

Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombres

Domicilio Particular                      Comuna                      Teléfono

Establecimiento donde trabaja                      Comuna                      Teléfono

Mail:

Firma

## Antecedentes del Aval

R.U.T.

N° Registro Colegiado

Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombres

Domicilio Particular                      Comuna                      Teléfono

Establecimiento donde trabaja                      Comuna                      Teléfono

Mail:

Firma

Fecha Recepción

Fecha de Respuesta

Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombres